

Morcillo Laguía E, Aguilera Moreno C. Protocolo de Investigación: Liberación lateral de suelo pélvico previa a la Versión Cefálica Externa

Protocolo de Investigación: Liberación lateral de suelo pélvico previa a la Versión Cefálica Externa

Research Protocol: Effects of lateral release of pelvic floor prior to the External Cephalic Version

Autoras:

- **Eva Morcillo Laguía.** Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.
- **Cristina Aguilera Moreno**  .
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Autora de correspondencia:

- **Eva Morcillo Laguía.** Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.
Correo electrónico: eva.morcillo.laguia.13@gmail.com.

Fecha de recepción:

- 29/01/2025

Fecha de aceptación:

- 02/06/2025

DOI:

- <https://doi.org/10.51326/ec.8.9427278>

Modo de referenciar el artículo:

- Morcillo Laguía E, Aguilera Moreno C. Research Protocol: Effects of lateral release of pelvic floor prior to the External Cephalic Version. Enferm Cuid. 2025;8. <https://doi.org/10.51326/ec.8.9427278>



Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

La Versión Cefálica Externa es un procedimiento seguro que busca cambiar la presentación de nalgas del feto acefálica, aplicando presión externa sobre el abdomen materno. Este estudio pretende evaluar la efectividad de la técnica “liberación lateral de suelo pélvico” antes de la Versión Cefálica Externa, para aumentar el éxito del procedimiento en gestantes atendidas en el Hospital Comarcal de la Axarquía.

Aunque la Versión Cefálica Externa ha sido estudiada en combinación con otras técnicas, no se ha investigado su efectividad junto con la “liberación lateral de suelo pélvico” o “side-lying release”, un estiramiento que mejora la movilidad de la pelvis. Se plantea que su aplicación previa a la Versión Cefálica Externa podría facilitar la rotación fetal y mejorar la tasa de éxito del procedimiento.

El estudio se diseñará como un ensayo clínico aleatorizado con 161 gestantes divididas en dos grupos. Un grupo recibirá la técnica de liberación lateral de suelo pélvico antes de la Versión Cefálica Externa, mientras que el otro se someterá únicamente a la Versión Cefálica Externa.

Se considera necesaria más investigación en biomecánica obstétrica. Si la hipótesis es correcta, este enfoque podría mejorar la tasa de éxito de la Versión Cefálica Externa, reduciendo la necesidad de cesáreas. Esto sería especialmente relevante en un contexto donde la tasa de cesáreas supera el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Palabras Clave: Embarazo; Partería; Presentación de Nalgas; Suelo Pélvico; Versión Fetal.

Abstract

The External Cephalic Version is a safe procedure aimed at changing the fetal breech presentation to a cephalic one by applying external pressure to the mother's abdomen. This study seeks to evaluate the effectiveness of the "side-lying release" technique before performing External Cephalic Version to improve the success rate of the procedure in pregnant women receiving care at the Hospital Comarcal de la Axarquía.

Although External Cephalic Version has been studied in combination with other techniques, its effectiveness alongside the "side-lying release" has not been evaluated. This technique involves stretching the pelvic floor muscles to enhance pelvic mobility. It is hypothesized that performing this technique before External Cephalic Version could facilitate fetal rotation and increase the procedure's success rate.

The study will be designed as a randomized clinical trial with 161 pregnant women divided into two groups. One group will receive the side-lying release technique before External Cephalic Version, while the other will undergo External Cephalic Version alone.

Further research in obstetric biomechanics is necessary. If the hypothesis proves correct, this approach could improve External Cephalic Version success rates, reducing the need for cesarean sections. This would be particularly relevant in a context where the cesarean rate exceeds the limit recommended by the World Health Organization.

Keywords: Breech Presentation; Fetal Version; Midwifery; Pelvic Floor; Pregnancy.

Introducción

Presentación podálica

La presentación podálica es aquella en la que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis de su madre. También se le conoce como presentación de nalgas o pelviana. Ocurre en aproximadamente del 3% al 4% de todas las mujeres con embarazos a término. Existen diferentes formas de presentación en el parto de nalgas: puras, completas o incompletas. Hasta la semana 32 de embarazo, hay probabilidades de que el feto realice una versión de forma espontánea, pero después es poco probable¹.

Versión Cefálica Externa (VCE)

La VCE es un procedimiento para cambiar la presentación del feto de nalgas, transversal u oblicua a vértice, aplicando presión externa al feto a través del abdomen grávido de la madre. A pesar de que la VCE no es una técnica novedosa, está resurgiendo como alternativa a la cesárea. En la actualidad, las principales sociedades científicas recomiendan su realización y, a pesar de ello, su uso sigue siendo limitado y su aceptación por parte de los pacientes es baja. La tasa general de éxito del procedimiento es aproximadamente

del 58% y puede conducir a una disminución de las tasas de parto por cesárea².

Indicaciones VCE

Las indicaciones para la VCE incluyen un feto único con más de 36 semanas de gestación con mala presentación, estado fetal tranquilizador y sin contraindicaciones para el parto vaginal. La mayoría de los médicos proceden con la VCE a las 37 semanas para disminuir el riesgo de parto prematuro.

Los factores que pueden aumentar el éxito incluyen multiparidad, presentación transversal u oblicua, presentación podálica completa, líquido amniótico adecuado y parte de presentación no comprometida. Los factores que se asocian con un menor éxito incluyen nuliparidad, dilatación avanzada, peso fetal estimado de menos de 2500 gramos, placenta anterior o lateral, disminución del líquido amniótico o rotura de membranas, obesidad materna, presentación de nalgas franca, columna fetal en posición posterior y plano bajo con parte de presentación comprometida.

Contraindicaciones VCE

A continuación, se adjuntan las contraindicaciones para realizar la VCE, tanto de la SEGO como del Hospital Clinic de Barcelona^{3,4}:

CONTRAINDICACIONES VCE			
ABSOLUTAS		RELATIVAS	
SEGO	CLINIC	SEGO	CLINIC
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Situaciones que por sí mismas sean indicación de cesárea (placenta previa oclusiva, tumor previo, malformaciones fetales que condicionen la vía de parto, etc.). ➤ Gestación múltiple. ➤ Malformación uterina. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Feto muerto. ➤ Compromiso fetal. ➤ Antecedentes de desprendimiento de placenta o signos de desprendimiento placentario. ➤ Preeclampsia grave/síndrome HELLP. ➤ Isoinmunización Rh. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestación múltiple (se puede considerar en el segundo gemelo). ➤ Anomalías de la placentación. ➤ Infecciones maternas activas (VIH, VHB, VHC; aunque no hay estudios que demuestren el riesgo de transmisión). ➤ Isoinmunización Rh. ➤ Amniorrexis. ➤ Trastornos de la coagulación (incluyendo tratamiento con heparina). ➤ Malformación fetal o uterina significativa. ➤ Sospecha de compromiso del estado de bienestar fetal. ➤ Antecedentes DPNI. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cardiopatía materna. ➤ Bolsa amniótica rota. ➤ Fase activa de parto. ➤ Malformación fetal grave. ➤ Dos cesáreas anteriores. ➤ Alteraciones de la coagulación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cesárea o cirugía uterina previa (aunque no se ha demostrado un aumento del riesgo de ruptura uterina). ➤ Trastornos hipertensivos. ➤ Trabajo de parto ya iniciado. ➤ Oligoamnios severo. ➤ Dificultades para la valoración de la presentación fetal por maniobras de Leopold.

➤ Oligoamnios severo (columna máxima <2cm).	➤ Preeclampsia severa, Sd. HELLP. ➤ Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler fetal. ➤ Éxitus fetal.		
---	--	--	--

Técnicas VCE

Se recomienda guiar la técnica con ecografía y realizarla por dos operadores experimentados. La gestante debe colocarse en decúbito supino y ligero Trendelenburg.

Después de impregnar el abdomen con abundante gel, se procede a la versión. Inicialmente se determina el grado de encajamiento y se procura la liberación cuidadosa de las nalgas. El obstetra eleva con los dedos y el borde cubital de una o ambas manos la presentación fetal para liberarla de la pelvis. De forma sincronizada, la cabeza se guía suavemente hacia la pelvis mientras que las nalgas se desplazan hacia arriba. No se descenderá la cabeza fetal sin que la presentación esté libre en la pelvis. La pelvis fetal liberada se eleva a la vez que, con la otra mano del operador o con la ayuda de un segundo operador, se desciende la cabeza fetal; los polos giran en direcciones opuestas. Si la columna vertebral del feto y la cabeza están al mismo lado de la línea media materna, se intenta un desplazamiento inverso (“back flip”), en caso contrario se intenta un desplazamiento hacia delante (“forward roll”). La maniobra finaliza cuando el polo cefálico se emplaza en la pelvis materna.

La maniobra debe interrumpirse si el polo fetal no progresa, si resulta intolerable o se registra desaceleración del latido fetal. La mayoría de las versiones obtienen el éxito mediante un único intento y son bien toleradas. No se recomiendan realizar más de 4 intentos consecutivos, porque la probabilidad de éxito disminuye y aumenta el malestar de la paciente y el riesgo de complicaciones.

Complicaciones VCE

Las complicaciones más comunes asociadas con la VCE son las anomalías de la frecuencia cardíaca fetal, que ocurren con una tasa del 4,7%, pero generalmente son transitorias y mejoran al finalizar o abandonar el procedimiento. Las complicaciones más graves de la VCE ocurren en una tasa inferior al 1% e incluyen cesárea de emergencia, rotura prematura de membranas, fracturas de huesos fetales, prolapsio del cordón umbilical, hemorragia vaginal, desprendimiento de placenta, hemorragia fetomaterna y muerte fetal. Aunque las complicaciones son raras, la VCE debe intentarse en lugares donde se pueda realizar una cesárea de emergencia¹.

Técnica de liberación lateral de suelo pélvico o “Side-lying release”

La técnica “Side-lying release” fue desarrollada originalmente por Carol Phillips. La justificación que propone para realizar esta técnica es que existe un desequilibrio en el suelo pélvico alrededor del cérvix. La asimetría puede desencadenar en mal posiciones fetales como presentaciones cefálicas en posterior, presentaciones de nalgas o de frente⁵.

El mecanismo de acción que se busca con la side-lying release es realizar un estiramiento sobre los músculos de la pelvis, incluido el suelo pélvico, con el fin de favorecer la movilidad de la pelvis. El peso de la pierna causa un ligero estiramiento y relajación de la tensión de los músculos de la cadera y la pelvis, relajando espasmos musculares en la zona (incluido el suelo pélvico). Esto permite crear más espacio y aumentar su flexibilidad, lo cual aumenta el espacio al bebé y le da la posibilidad de rotar a una posición más óptima^{5,6,7}.

Para realizar esta posición, un ayudante (normalmente su matrona) puede ayudar a asegurarse de que las caderas y hombros de la gestante están alineados. Primero, la madre se tumba de lado, intentando que su cabeza y su espalda estén rectas y a la misma altura. El ayudante se coloca al lado para sujetar la cadera de la gestante y evitar que se caiga. La gestante desliza la cadera hasta 5cm del borde de la cama, quedando su abdomen gravídico suspendido en el aire. El ayudante curva ambas palmas alrededor de la cadera de la embarazada aplicando presión y manteniendo la cadera de la madre inclinada hacia delante de la alineación del cuerpo. Se puede mover la cadera de la mujer ligeramente para favorecer la relajación^{6,7}.

La madre estira su pierna de abajo, con el pie flexionado hacia su rodilla. Luego, va bajando la pierna hasta que se quede colgando en frente de ella y se relaje. Nada debe tocar o sostener la pierna superior que se encuentra caída de la cama y debe encontrarse en caída libre^{6,7}. Se puede mantener esta posición durante 3 contracciones ó 5-10min⁷.

Esta técnica debe ser repetida hacia el otro lado, siendo importante realizarla en ambos lados para tratar de mantener equilibrio entre las articulaciones pélvicas y los músculos^{6,7}. Puede ser usada en diversas situaciones:

Durante el embarazo, para estirar los músculos pélvicos y ayudar a aliviar dolor en las caderas y/o pelvis; Durante el proceso de parto, cuando las contracciones disminuyen; Si hay contracciones durante el parto activo sin progreso; Si se sospecha de una mal posición fetal⁶. Por todo lo mencionado anteriormente, el objetivo principal de este estudio es evaluar la efectividad de la técnica de liberación lateral de suelo pélvico previo a la Versión Cefálica Externa, para conseguir revertir la presentación podálica a cefálica en gestantes a término que llevan a cabo el seguimiento de su embarazo en el Hospital Comarcal de la Axarquía. Además, añadir que en el hospital de la Axarquía el porcentaje de VCE realizadas en 2023 fue solamente del 10,5%. En consecuencia, si consiguiéramos aumentar el porcentaje de VCE, pensamos que se podría disminuir el porcentaje de cesáreas por podálica. Por lo tanto, uno de los objetivos de este proyecto también sería aumentar el número de mujeres que se realizan la VCE, facilitando información adecuada.

Justificación del Proyecto

Durante el año 2023, en el hospital comarcal de la Axarquía, hubo un total de 824 nacimientos, de los cuales 211 fueron cesáreas y, dentro de estas, 38 fueron por presentación podálica. Por otro lado, fueron programadas 11 VCE, de las cuales finalmente se realizaron 4 VCE, siendo todas fallidas. Debido a estos datos, consideramos importante mejorar la captación de las mujeres con bebés en presentación podálica para realizar la técnica de VCE. Como bien mencionan en 2020 López-Pérez et al., sólo entre el 20% y el 30% de las candidatas elegibles reciben la VCE, por lo que se considera una opción infráutilizada. Se desconocen los factores que pueden influir en este hecho, aunque sí se conocen aspectos como el miedo a una técnica desconocida, la infravaloración de los efectos de una cesárea y la influencia del entorno familiar, incluida la medicina privada⁸.

Por último, tras revisar la guía NICE 2021 sobre el manejo de la atención podálica, hemos podido comprobar que se han realizado estudios que evalúan la efectividad de la VCE utilizada de manera conjunta con otras técnicas, pero hasta el momento nadie se ha planteado evaluar la efectividad de realizar la VCE junto con la liberación lateral de suelo pélvico. Pensamos que al realizar dicha técnica previa a la VCE, relajaríamos la musculatura pélvica, ayudando así a mejorar la tasa de éxito de la VCE. Como resultado de lo anteriormente expuesto, resulta este proyecto, que siguiendo el formato **PICO** la pregunta de investigación queda formulada de la siguiente manera:

¿Puede la técnica de liberación lateral de suelo pélvico o “side-lying release”, realizada previa a la VCE, aumentar su tasa de éxito en gestantes de bajo riesgo de 37sg con bebés en presentación podálica

que realizan el seguimiento de su embarazo en el H.C. Axarquía?

P: Gestantes de bajo riesgo que acuden a la consulta de semana 37 durante el seguimiento de su embarazo en el Hospital Comarcal de la Axarquía y cuyo bebé se encuentra en presentación podálica.

I: Técnica de liberación lateral de suelo pélvico o “side-lying release”, previo a la VCE.

C: No realizar la intervención en el grupo control.

O: Mayor tasa de éxito de la VCE realizada junto a la liberación lateral de suelo pélvico, que si se realizara solamente la VCE.

Objetivos

Principal:

Evaluar la efectividad de la técnica de liberación lateral de suelo pélvico, previo a la Versión Cefálica Externa, para conseguir revertir la presentación podálica a cefálica en gestantes a término que llevan a cabo el seguimiento de su embarazo en el Hospital Comarcal de la Axarquía.

Específicos:

Aumentar el número de mujeres que se realizan la VCE, facilitando información adecuada. En consecuencia, disminuir el porcentaje de cesáreas por podálica.

Metodología

Tipo de estudio

Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA). Debido a la imposibilidad de cegamiento por parte de las participantes del estudio y de los investigadores, se realizará un cegamiento solamente del analista de los datos.

Población diana y de estudio

Población diana: Gestantes por encima de las 37 SG de bajo riesgo con presentación fetal en podálica.

Población de estudio: Gestantes por encima de las 37 SG de bajo riesgo con bebé en podálica, captadas en el Hospital de la Axarquía y que cumplen con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión y de exclusión**Criterios de inclusión:**

- Gestantes de bajo riesgo según el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía. Exceptuando edad, que incluiremos gestantes hasta 40 años sin patología.
- Gestantes de edad mayor o igual a 18 años.
- Presentación fetal en podálica, transversa u oblicua.
- Cualquier paridad.
- Semanas de gestación: mayor o igual a 37 SG.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con riesgo I o medio según el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía.

- Gestantes con riesgo II o alto según el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía.
- Gestantes con riesgo III o muy alto según el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía.
- Dificultad para realizar correctamente la técnica (dificultad para movilidad, etc.).
- Placentación anormal (placenta previa) o sangrado vaginal.
- Contraindicación diagnosticada de parto vaginal.
- Contraindicación para realizar VCE.
- Gestantes que hayan realizado previamente cualquier otra técnica destinada a revertir la presentación fetal podálica (moxibustión, estimulación acústica, etc.), exceptuando las gestantes que hayan realizado recomendaciones posturales como “posición de mahometana” y/o “postura del puente” y/o “andar a gatas”.

Variables

	VARIABLE	TIPO	VALORES	FUENTE DE RECOGIDA
VARIABLES DEPENDIENTES	Éxito de la VCE	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Documento de registro de las participantes
	Tipo de finalización del parto	Cualitativa politómica	0. Eutóxico 1. Instrumental 2. Cesárea	Historia clínica
VARIABLES CONFUSIONALES	Realización de “posición Mahometana”	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Documento de registro de las participantes
	Tiempo total dedicado a la “posición Mahometana” por día	Cuantitativa continua	Tiempo en minutos	Documento de registro de las participantes
	Número de días que se realiza la “posición Mahometana” a la semana	Cuantitativa discreta	Número de días totales	Documento de registro de las participantes
	Realización de “postura del puente”	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Documento de registro de las participantes
	Tiempo total dedicado a la “postura del puente” por día	Cuantitativa continua	Tiempo en minutos	Documento de registro de las participantes
	Número de días que se realiza la “postura del puente” a la semana	Cuantitativa discreta	Número de días totales	Documento de registro de las participantes
	Realización de “andar a gatas”	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Documento de registro de las participantes
	Tiempo total dedicado a “andar a gatas” por día	Cuantitativa continua	Tiempo en minutos	Documento de registro de las participantes
	Número de días que realiza “andar a gatas” a la semana	Cuantitativa discreta	Número de días totales	Documento de registro de las participantes
	Paridad	Cualitativa dicotómica	1. Primipara 2. Multipara	Historia clínica

VARIABLES ASOCIADAS	Edad materna	Cuantitativa discreta	Años	Historia clínica
	Nivel educativo	Cualitativa politómica	0.Sin estudios 1.Primarios 2.Medios 3.Universitarios	Documento de registro de las participantes
VARIABLE INDEPENDIENTE	Realización de la técnica de liberación lateral de suelo pélvico	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Documento de registro de las participantes

Tipo de muestreo

Muestreo aleatorio simple

Para realizar la aleatorización de las participantes se prepararán sobres cerrados tomados de un listado de números que nos proporcione CHAT GPT de manera aleatoria. Nos ofrecerá la mitad de números de un total de 161 (que es el total de la muestra, explicado en el siguiente apartado). Los números proporcionados serán aquellos que pertenezcan al grupo intervención. En dichos sobres pondrá si se pertenece al grupo control o al experimental. Habrá una carpeta-fichero con portafolios numerados que estará en el escritorio de la observación guardado en el primer cajón. Cada portafolio estará preparado con un documento de registro de la participante, un consentimiento para realizar la VCE, otro consentimiento de participación en el estudio, más un sobre que le asigne el grupo al que pertenece. Cuando la mujer decida participar en el estudio, se le asignará un portafolio de la carpeta-fichero que incluirá toda su documentación.

Cálculo muestral y selección de la muestra

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado con la ayuda de la Calculadora en Excel para tamaño muestral de Fisterra, que puede encontrarse online (<https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>). Para este fin, se cuenta con los datos correspondientes al número total de partos acontecidos a lo largo del año 2023 en el Hospital Comarcal de la Axarquía, 824 partos; y con el porcentaje de cesáreas por podálica que tuvieron lugar a lo largo del año 2023 en este mismo Hospital, 4,6 % según los datos oficiales de registro del servicio de Obstetricia.

Finalmente, el tamaño muestral que nos proporciona son 161 participantes, de las cuales 80 pertenecerán al grupo intervención.

Consideraciones éticas

Para el diseño del presente proyecto se han tenido en cuenta los principios éticos fundamentales contenidos en la Declaración de Helsinki. De esta manera, se asegura que la investigación debe concordar con los

principios científicos aceptados universalmente, así como que los derechos fundamentales de las personas participantes serán respetados⁹.

Por ello, el presente estudio, previo a su realización, será enviado al Sistema de Investigación de los Comités de Ética de la Investigación de Andalucía (SICEIA) para la consecuente aprobación, entrando en el siguiente enlace:

<https://www.juntadeandalucia.es/salud/siceia/>.

Los investigadores comprobarán que la gestante cumple los criterios de inclusión establecidos y que no presenta ninguna contraindicación para la aplicación de la intervención. Se solicitará a la gestante su voluntad de participación en el estudio respetando la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Para ello, se le informará y entregará un Consentimiento informado que deberá firmar con anterioridad a su inclusión en el estudio.

Por otro lado, durante la investigación, se llevará a cabo un manejo respetuoso de los datos de los participantes siguiendo las directrices de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal aprobados por el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio.

Por último, las investigadoras principales declaran que no existe conflicto de intereses por su parte ni por la de los profesionales o participantes.

Discusión

VCE, una técnica segura

Se dispone de múltiples estudios que respaldan la seguridad y la recomendación de la técnica de Versión Cefálica Externa (VCE) antes de programar una cesárea por presentación podálica. Por ejemplo, un estudio publicado en 2016 en Sidney realiza un análisis retrospectivo sobre las complicaciones presentadas tras realizar 1121 VCE. Como resultado, se obtiene que de 1121 gestantes sometidas a VCE, cinco (0,45%)

experimentan una complicación grave (un desprendimiento de placenta, una cesárea de emergencia por sufrimiento fetal, una muerte fetal y dos prolapsos del cordón umbilical). Cuarenta y ocho mujeres (4,28%) experimentan una complicación menor (anomalías en la cardiotocografía, rotura de membranas o pequeña hemorragia anteparto). Por lo tanto, en este estudio se concluye que la VCE a término se asocia con una baja tasa de complicaciones graves¹⁰.

En otra revisión retrospectiva publicada en 2020, se observan los resultados tras realizar una VCE a 200 mujeres en un hospital de la India. De esas 200 mujeres, se registra una tasa de éxito del 64% (128 mujeres), 110 partos vaginales (56,7%), incluidos cinco partos vaginales de nalgas, y 84 mujeres (43,2%) se someten a cesárea, de las cuales 24 mujeres tienen una VCE exitosa pero necesitan una cesárea de emergencia por otras indicaciones. No se observan diferencias significativas en las puntuaciones APGAR neonatales entre aquellas que tienen una VCE exitosa y aquellas que no. Sólo tres mujeres (1,5%) experimentan alguna complicación periprocedimiento significativa (una tiene una cesárea inmediata por presentar deceleraciones variables y persistentes, otra tiene una rotura prematura de membranas y otra un desprendimiento de placenta). No obstante, estos resultados también sugieren que la VCE mejora la posibilidad de un parto vaginal con una tasa general baja de complicaciones, reduciendo los riesgos neonatales asociados con el parto vaginal de nalgas y la morbilidad materna de una cesárea. Por lo tanto, puede contribuir a reducir la tasa de cesáreas, lo que la convierte en una intervención útil, especialmente en entornos de recursos limitados¹¹.

Por otro lado, otro estudio observacional publicado en 2015, realizado en los Países Bajos, evalúa el éxito y complicaciones al realizar 2546 VCE a gestantes de bajo riesgo. La KNOV (Real Organización Holandesa de Matronas) inicia en 2006 un proyecto de implementación activa. Por lo tanto, estas versiones son realizadas por matronas previamente formadas para realizar dicha técnica; de esta manera, se puede ofrecer este servicio a mayor número de gestantes. Se obtiene como resultado que un 47% de las gestantes tiene una VCE exitosa y una presentación cefálica en el momento del nacimiento; un 34% son nulíparas y un 66% multíparas. Después de la VCE, el 57% de las mujeres dan a luz por vía vaginal: 45% nulíparas y 76% multíparas. Dentro de los 30 minutos posteriores a la VCE: no se informan casos de complicaciones graves (muerte fetal, desprendimiento de placenta o parto prematuro). Entre 30 minutos y 48 horas después de la VCE: la proporción de mujeres que experimentan una complicación o un resultado grave del embarazo es del 1,8% (la mayoría partos prematuros y dos desprendimientos de placenta). 58 (2,5%) de las mujeres experimentan resultados graves del embarazo en cualquier momento después de la VCE hasta el nacimiento¹².

Se debe asesorar a los pacientes y ofrecerles VCE cuando sea apropiado. Algunos datos muestran que sólo entre el 20% y el 30% de los candidatos elegibles reciben la VCE, por lo que se considera una opción infrautilizada. Se desconocen los factores que pueden influir en este hecho, aunque sí se conocen aspectos como el miedo a una técnica desconocida, la infravaloración de los efectos de una cesárea y la influencia del entorno familiar, incluida la medicina privada. En cualquier caso, facilitar información es clave para evitar el rechazo y todavía se puede mejorar. Otro estudio relacionado con este tema, publicado en 2020 en España, hace pensar que disponer de un modelo de predicción del éxito de la VCE puede optimizar la información de forma individualizada. Se recogen datos de 317 versiones realizadas durante un período de 6 años. La tasa de éxito general es del 72% (229 de 317 versiones). Las variables más relacionadas con el éxito son la paridad, la ubicación de la placenta, el volumen de líquido amniótico, el sexo fetal, la palpación de la cabeza fetal y el descenso de la presentación. Se desarrolla un modelo para calcular la probabilidad de éxito utilizando los datos de paridad, placentación y líquido amniótico, de manera que es más probable tener éxito al realizar una VCE a mayor paridad y con placenta posterior; en cambio, presentar oligoamnios disminuye la probabilidad de éxito. El modelo clasifica correctamente el 98,8% de las técnicas exitosas y el 74% de todas las mujeres. Las complicaciones son muy pocas y en su mayoría leves. De las mujeres que tienen éxito, el 77% (163 de 212) tienen un parto vaginal⁸. Por otro lado, en otros estudios se ve que la VCE es rentable si la probabilidad de éxito de la ECV es superior al 32%, por lo que este método puede ser de gran utilidad para hacer un cribado de las mujeres que pueden aprovechar esta técnica con seguridad².

Por último, se revisa la guía NICE del 2021 sobre el manejo de la presentación podálica. La guía reafirma que existe evidencia de que la presentación podálica en el parto se asocia a efectos adversos en el feto y que esto ha producido un incremento en la tasa de cesáreas. Por lo tanto, se recomienda realizar la VCE, ya que es la técnica con más evidencia de éxito disponible hasta el momento.

Por otro lado, en dicha guía, se muestran los diferentes resultados tras analizar diversos ensayos clínicos sobre el tema en cuestión. Los estudios incluidos comparan diferentes intervenciones para revertir la presentación podálica:

- Terapias complementarias: acupresión, acupuntura, moxibustión y reflexología.
- VCE (como técnica única o con un componente adicional: estimulación fetal acústica, amnioinfusión, fármacos como tocolíticos, etc).
- Manejo postural.

En resumen, se evidencia que la mayoría de los artículos analizados tienen un nivel de evidencia bajo debido a la presencia de numerosos sesgos (muestra pequeña, pérdidas de seguimiento, etc.)¹³.

Conclusión

Tras la exposición de todo lo anterior, se sabe que la VCE se trata de una técnica segura, pero no todas las gestantes con criterios de inclusión se la realizan. Se cree que para que esa captación sea más extensa, la figura de la matrona es muy importante, dando toda la información y añadiendo técnicas de biomecánica que pueden ayudar a su tasa de éxito. Por ello, se cree que hace falta mucha más investigación en lo referente a técnicas de biomecánica asociadas tanto a embarazos con presentaciones podálicas, como con la técnica de la Versión Cefálica Externa. La liberación lateral de suelo pélvico es una técnica que poco a poco va teniendo más evidencia científica y, dentro del campo de la partería, resultaría muy interesante su aplicación en diferentes ámbitos para llegar a obtener los múltiples beneficios que tiene sobre los ligamentos y suelo pélvico. Si esta hipótesis es cierta, se conseguiría una mayor captación de mujeres a la hora de realizarse la VCE y, por consiguiente, la disminución de la tasa de cesáreas en un contexto donde el porcentaje sobrepasa el límite establecido por la OMS.

Bibliografía

1. Rodríguez Díaz L, Fernández Carrasco FJ, García-Iglesias JJ, Antolí Jover AM, Gómez Salgado J, Vázquez-Lara JM. Atención al parto en presentación podálica en el medio extrahospitalario. Rev Esp Salud Pública. 2020;94: e20201143. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/698> [Consultado 15-01-2024]
2. Meaghan MS, Martingano DJ, Caron JG. External Cephalic Version. En: StatsPearls. Treasure Island (Florida): StatsPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482475/> [Consultado 31-12-2023]
3. Marimon M, Cahuana M, Basteiro E, Migliorelli F. Protocolo: Versión Cefálica Externa. Barcelona: Hospital Sant Joan de Deu; 2025. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/files/protocolos/es/obstetricia/Versi%C3%B3n-cef%C3%A1lica-externa.pdf> [Consultado 02-11-2023]
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Versión Cefálica Externa: Protocolos SEGO. Prog Obstet Ginecol. 2015;58(7):337-40.
5. Tully G. Side-lying Release. [Minnesota]: Spinning Babies; [Fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/side-lying-release/> [Consultado 02-01-2024]
6. Simkin P, Hanson L, Ancheta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. 4th ed. Hoboken (New Jersey): Wiley-Blackwell; 2017. 416 p.
7. LoGiudice JA, Holland E, Esposito CP. Midwifery Management of a Birthing Person with Cervical Edema During Labor. J Midwifery Womens Health. 2022;67(5):644-50. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13406> [Consultado 12-01-2024]
8. López-Pérez R, Lorente-Fernández M, Velasco-Martínez M, Martínez-Cendán JP. Prediction model of success for external cephalic version. Complications and perinatal outcomes after a successful version. J Obstet Gynaecol Res. 2020;46(10):2002-9. <https://doi.org/10.1111/jog.14385> [Consultado 02-01-2024]
9. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica. 2000; 6(2):321-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010> [Consultado 12-01-2024]
10. Rodgers R, Beik N, Nassar N, Brito I, de Vries B. Complications of external cephalic version: a retrospective analysis of 1121 patients at a tertiary hospital in Sydney. BJOG. 2017;124(5):767-72. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14169> [Consultado 12-01-2024]
11. Marcus TA, Jeyapaul S, David SM, Jamkhandi D, Cherian AG. Outcomes of external cephalic version for antenatal women with breech presentation in a secondary hospital in Vellore, Tamil Nadu - a retrospective review. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2020;21(4):236-42. <https://doi.org/10.4274/tgga.galenos.2020.2020.0140> [Consultado 23-11-2023]
12. Beuckens A, Rijnders M, Verburgt-Doeleman GH, Rijninks-van Driel GC, Thorpe J, Hutton EK. An observational study of the success and complications of 2546 external cephalic versions in low-risk pregnant women performed by trained midwives. BJOG. 2016;123(3):415-23. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13234> [Consultado 15-01-2024]
13. National Guideline Alliance (UK). Management of breech presentation: Antenatal care: Evidence review M. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573937/> [Consultado 15-01-2024]